

Rezumat

În studiu s-au cercetat aspectele clinice, particularitățile vârstei de debut a migrenei, gradul de adresabilitate a pacienților, aprecierea corectă a diagnosticului, precum și eficiența tratamentului indicat. Studiul a fost efectuat pe un lot de 101 de pacienți cu diagnosticul de migrenă cu aură și migrenă fără aură.

Rezultatele studiului au evidențiat o frecvență și o durată mai mare ale atacului migrenos la persoanele tinere, apte de muncă. Neglijarea migrenei de către pacienți, precum și subestimarea ei prin stabilirea unui diagnostic greșit duc la un impact socioeconomic negativ.

Summary

In this study here in, the authors have been researching the clinical aspects of migraine, the particularities of the age onset of migraine, the grade of patients' addressing, the right appreciation of the diagnosis, as well as the efficiency of the indicated treatment. The study has been included a lot of 101 patients with the diagnosis of migraine with and without aura.

The results of the study show that migraine attack is more frequent and lasts longer at young working people. The patients' neglects of the disease and the wrong diagnosis have a negative socio-economic impact.

ABCESUL EPIDURAL SPINAL (prezentarea a 4 cazuri)

I.Gherman, dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Deși actualmente sînt descrise un număr impunător de cazuri de abcese epidurale, diagnosticul precoce al acestor afecțiuni rămîne deficil. Continuă să existe cazuri neoperate cu sfârșit fatal, cu toate că impun o clinică tipică de abces epidural. Deseori bolnavii ajung târziu în neurochirurgie și, ca rezultat, efectul intervenției este minimal.

În estimarea frecvenței localizării procesului inflamator are o deosebită importanță volumul cavității epidurale, care are anumite particularități.

De menționat că din punct de vedere anatomic în regiunea canalului vertebral ambele foițe (fascii) al pachimeningiei larg se despart – partea internă a canalului vertebral este acoperită de fascia externă a pachimeningiei, care s-a separat în procesul de dezvoltare, formând, totodată, periostul, iar lamina internă a pachimeningiei se alătură de arahnoidă. Între ele se află cavitatea (extra-, peri-) epidurală sau pachimeningiană completată dorsal cu țesut epidural adipos și preponderent ventral de multiple vene situate longitudinal bilateral de ligamentul longitudinal posterior, formând anastomoze între ele – plexuri venoase.

La nivelul cervical această cavitate este îngustă și, practic, lipsește țesutul adipos. Începând cu a 7-a vertebră cervicală, descendent această cavitate se lărgeste, atingând diametrul în partea posterioară la nivelul Th6-Th8 până la 0,5-0,75 cm. Mai jos cavitatea se îngustează, în special la nivelul întumescenței lombare (Th11-L2). Diametrul maximal al spațiului epidural ajunge la nivelul L3-S1. La nivelul vertebrei S1 sacul dural se termină și spațiul descendent al canalului vertebral este împlut de țesut adipos [1,2,3,5].

Încă Dandy a menționat că localizarea procesului inflamator aproape în toate cazurile este în partea dorsală a spațiului epidural și a explicat aceasta prin particularitățile anatomice de localizare a țesutului epidural. În regiunea ventrală lipsește țesutul adipos și dura mater este aproape lipită de os și aparatul ligamentar, deci, practic, cavitatea lipsește. După datele literaturii de specialitate, procesul purulent se extinde de la 1 până la 8 vertebre (în medie 3-4 vertebre) [3,4,5,15,16].

Procesul inflamator în țesutul epidural poate fi **primar** (posttraumatic, ca o complicație postoperatorie, sau infecția poate fi vehiculată prin puncția lombară, blocaj epidural și paravertebral) sau

secundar: 1.metastatic – infecția pătrunde în spațiul epidural pe cale hematogenă dintr-un punct de plecare,– focar primar, cunoscut la distanță, și **2.adiacent** – infecția se extinde prin continuitate – *percontineum* (propagare) din: **a)** discite, procese osteomielitice sau tuberculos ale vertebrelor, **b)** regiunile retrofaringiană, retroperitoniană, mediastin, procese purulente ale plămânilor (posibil prin orificiile intervertebrale), **c)** țesuturile moi în apropierea coloanei vertebrale (prin căile limfatice) [9,13]. Se întâlnesc cazuri, când focarul purulent primar (adiacent sau metastatic) nu este depistat – **abces neidentificat**[7,9,11].

Din punctul de vedere al frecvenței trebuie de menționat că pe cale metastatică pătrunderea infecției din focare purulente îndepărtate predomină asupra cazurilor când focarul purulent este în apropiere [7,17].

Materiale și metode. sînt prezentate 4 cazuri clinice cu abces epidural spinal, care se încadrează în clasificarea abceselor, prezentată mai sus. Tot mai des în literatura de specialitate se descriu cazuri de abces epidural spinal, drept consecință a injecțiilor (analgeziei sau anesteziei epidurale) [19,21,22,23]. Prezentăm primul caz clinic.

Pacientul S., 59 de ani, fișa medicală nr.1419, a fost internat în clinica de neurologie cu acuze de dereglări motrice, absența mișcărilor în membrele inferioare, dereglări de sensibilitate în partea inferioară a corpului, retenție de urină. Pacientul suferă de diabet zaharat.

S-a îmbolnăvit 2 săptămâni în urmă, când au apărut dureri în regiunea lombară. La domiciliu i s-a efectuat blocaj paravertebral cu Sol. Lidocaină și Hidrocartizonă. Peste 3 zile starea s-a agravat: a apărut febră, durerile toracolumbare s-au acutizat; la a 6-a zi a apărut retenție de urină, amorțeala și slăbiciune în picioare, care timp de 3 zile a progresat până la plegie totală. Bolnavul a fost transferat în clinica de neurologie cu diagnosticul de mielită.

Starea obiectivă: *Organele interne în limita normei. Nervii cranieni fără patologie. Mișcările active în membrele inferioare, reflexele rotuliene și ahiliene absente. Anestezie totală de la nivelul Th8-Th10. Tulburări sfincteriene. Semne patologice și meningiene absente.*

Au fost indicate antibiotice cu spectrul larg (Fortum 2,0 x 2 ori/zi, Ciprinol 500mg 3 ori/zi) și diureză forțată.

Starea pacientului rămâne gravă. RMN nu s-a efectuat din motive tehnice.

Puncția lombară a depistat lichid purulent și tocmai la a 14-a zi de la debut s-a luat decizia de intervenție chirurgicală. A fost efectuată laminectomie la două niveluri Th3-Th4 și L3-L4. În spațiul epidural la ambele niveluri s-a depistat conținut purulent dens de culoare galben-verzui. Au fost aplicate drenuri tubulare la ambele niveluri, prin care spațiul epidural s-a prelucrat descendent cu antibiotice și soluții antiseptice. După operație, starea septică a pacientului s-a ameliorat, însă clinica neurologică a rămas fără dinamica pozitivă. A urmat tratament de recuperare îndelungat.

Rezumat. Pacientul S., 59 de ani, care suferea de diabet zaharat insulinoindependent a făcut o toracolumbalgie. Sindromul algic a fost tratat cu un blocaj analgetic lombar, care s-a complicat cu o epidurită purulentă. Diagnosticul corect a fost stabilit peste 10 zile, când în LCR s-au depistat schimbări purulente. Intervenția chirurgicală a confirmat epidurită purulentă. După operație, starea sănătății pacientului s-a ameliorat. Au fost stopate stările septice, însă complicațiile neurologice au rămas stabile. Cauza epiduritei purulente este blocajul paravertebral în legătură cu lumbalgia, factorul de risc fiind diabetul zaharat. Puncția lombară în cazul prezent a avut o importanță decisivă în precizarea diagnosticului, deoarece RMN din motive tehnice (pacient supraponderal, peste 120 kg) nu s-a efectuat.

Puncția lombară cu scop de diagnostic poate fi permisă dacă abcesul este la depărtare de regiunea lombară și se efectuează în aceste cazuri, controlând dacă în spațiul epidural lipsește conținutul purulent [4,12,14,16,19,20]. Numai în lipsa maselor purulente în spațiul epidural se permite introducerea acului în spațiul subarahnoidian.

Procesul inflamator în țesutul epidural poate fi provocat de infecția purulentă pe cale hematogenă.

Următorul caz clinic confirmă cele relatate.

Pacienta M., 21 de ani, studentă, fișa nr.1157/201, a fost internată în mod urgent la 14 martie 2004 în secția de neurologie cu următoarele acuze: lipsa mișcărilor în membrele inferioare, lip-



sa sensibilității totale de la nivelul mamiloanelor; dereglări sficteriene. Debutul bolii – cu 3 zile în urmă, când au apărut dureri permanente în centura toracală, care se agrava la tuse, strănut, dureri la flexia capului, a apărut febra, t° -39°, dureri în articulații și mușchi. Treptat au apărut descendent amorțeală în regiunea toracală, slăbiciuni și limitarea mișcărilor în picioare, ce pe parcursul a 48 de ore complet au dispărut; au apărut tulburări de micțiune. Din anamneză s-a evidențiat că cu 10 zile până la debutul bolii a apărut un furuncul la buza superioară, în dreapta. Medicul chirurg a decis stoarcerea furuncului.

Starea obiectivă: Organele interne fără modificări patologice. Febră, t° -39°. Nervii cranieni în limita

normei. Mișcările active în membrele inferioare absente. Reflexele în membrele superioare majorate; rotuliene și ahiliene absente. Absența totală a sensibilității de la nivelul Th4. Redoarea cefei. Retenție de urină. În analizele de rutină: leucocitele 15000, VSH 40 mm/oră. La examinarea prin RMN s-a depistat empiem epidural la nivelul Th4-Th, bilateral dorsal (Fig.1). Puncția lombară: lichidul galben-verzui, leucocite 16000, (neutrofile 72 %, limf 18 %).

La 16 martie a fost operată în mod urgent – Laminectomie decompresivă Th3-Th4 cu evacuarea empiemului și drenarea spațiului epidural. După operație, starea bolnavii s-a ameliorat, semnele septice au dispărut. Zona sensibilității s-a majorat, coborând cu 2 segmente. A urmat un curs de reabilitare și peste un an pacienta a început să meargă.

Rezumat. La pacienta M., 21 de ani, după stoarcerea unui furuncul la buza superioară, infecția s-a răspândit pe cale hematogenă și peste 10 zile s-a declanșat un empiem epidural, care s-a manifestat într-o paraplegie pe parcursul a 48 ore. Operația a fost efectuată peste 5 zile cu rezultat pozitiv. Peste 2 luni pacienta a restabilit mersul. Cu cât mai târziu se efectuează intervenția chirurgicală, cu atât rezultatele sînt mai deplorabile [11].

Drept exemplu poate fi următorul caz.

Pacientul N., 53 de ani, fișa nr.4696, a fost internat în secția de neurochirurgie la 2 decembrie 2005 cu acuze de lipsă a mișcărilor în membrele inferioare, anestezia regiunii inferioare a corpului, tulburări sfincteriene. Debutul bolii - 3 zile în urmă cu febră până la t° -38°, dureri în centură la nivelul toracolombar și de-a lungul coloanei vertebrale, dureri în articulații și mușchi. Treptat au apărut slăbiciune în membrele inferioare și amorțeală în partea inferioară a corpului, tulburări de micțiune și în timp de 3 zile mișcările în picioare au dispărut. În ajun a lucrat fizic la construcție, în subsol fiind supus unui factor frigore. A fost tratat conservativ cu antibiotice și remedii vasculare. S-a încercat de 3 ori efectuarea puncției lombare, dar fără succes.

Din antecedente 5 ani în urmă a căzut de la înălțime pe spate cu contuzia toracelui și coloanei vertebrale.

Starea obiectivă: Organele interne fără patologii. Febră t° -38°.

Neurologic nervii cranieni intacti. Absență totală a sensibilității tip conductiv de la nivelul Th8 bilateral. Mișcările active în membrele inferioare absente. Atonie musculară și absența reflexelor rotuliane, ahiliene și plantare. Redoarea cefei și semnul Kernig bilateral. Starea pacientului rămâne gravă, nivelul de afectare a cordonului medular progresează ascendent până la nivelul cervical. Hemoleucograma: leucocitoză 15000, VSH 40 mm/oră. Puncția lombară, efectuată epi- și subdural: aspirat cu siringa 0,5 ml puroi dens de culoare roșietică-verzuie.

Examenul tomografic prin **RMN** multiplanar vertebral evidențiază prezența unui proces patologic intracanal cu implicarea în proces a sacului tecal, cordonului medular, care apare îngroșat și cu un sector patologic lentiform la nivelul Th5-Th9. Spațiile subarahnoidiene - îngustate pe parcursul segmentelor medulare cervicale și toracale. Concomitent - extinderea procesului paravertebral și posterior spinal. La a 8-a zi s-a efectuat intervenția chirurgicală „Laminectomia Th2-Th5”; a fost eliminat puroi galben-verzui. Plaga operatorie s-a prelucrat cu dioxidin și antibiotice; s-a drenat spațiul epidural.

Starea pacientului a continuat să se agraveze, mișcările în mâini – limitate, în membrele inferioare - absente, $t^{\circ}38,8^{\circ}$, stare severă de septicemie. La a 5-a zi după operație s-a alăturat o pleurezie pe stanga. Puncția pleurală cu drenarea după Biulau a eliminat 700 ml de lichid transparent. Au apărut dureri arzătoare cu limitarea mișcărilor în membrele superioare, starea pacientului a continuat să se agraveze, s-a asociat o pneumonie, dereglări de respirație și pe data de 16.XII.2005 pacientul a decedat. Examenul patomorfologic a confirmat diagnosticul clinic.

Rezumat. La pacientul N., 53 de ani, treptat, după un lucru fizic intensiv, s-a declanșat un proces inflamator purulent epidural, care timp de 3 zile a evoluat în paraplegie inferioară. Acest proces a fost tratat conservativ ca o meningomielită de etiologie neelucidată cu antibiotice. Patologia medulară a continuat să progreseze. Puncția lombară la a 5-a zi a depistat lichid purulent și tocmai la a 8-a zi s-a luat decizia pentru intervenția chirurgicală, când pacientul a dezvoltat deja semne meningiene. Nu se exclude ca factor de risc trauma cutiei toracice și a coloanei vertebrale la acest nivel, cu suspiciuni de hemoragii în spațiul epidural, produsă cu 5 ani în urmă, care ulterior a declanșat o epidurită fibrozantă, ce s-a acutizat într-un proces purulent sub acțiunea frigului în timpul lucrului fizic. Astfel de cazuri au fost descrise în literatura de specialitate [7,8,9,12,14]. Cauza decesului în cazul descris este starea de septicemie, care s-a declanșat în legătură cu intervenția chirurgicală tardivă și, ca rezultat, au avut loc pneumonia și bacteremia.

Osteomielita vertebrelor rar se complică cu abces epidural. La apariția unui sindrom radicular și la depistarea unui focar osteomielitic în vertebre, se poate suspecta un proces epidural. Sindromul radicular poate fi rezultatul unui proces fibrozant reactiv în regiunea canalului intervertebral fără declanșarea procesului inflamator epidural. Analizând etiologia abcesului epidural, nu se exclude posibilitatea pătrunderii infecției în vertebre, provocând o osteomielită secundară.

Prezentăm următorul caz clinic.

Pacienta O., 34 de ani, fișa nr.6551/1662, internată în mod planificat în Clinica de neurochirurgie. Debutul bolii – aproximativ acum un an. Evoluția bolii a decurs insidios, cu apariția durerilor în regiunea toracică interscapulară cu iradiere în piciorul drept, care treptat a trecut în cel stâng. Au apărut slăbiciuni în membrele inferioare, care treptat au progresat până la plegie totală. Tratamentul conservator fără efect.

Starea obiectivă: Organele interne fără schimbări patologice. Nervii cranieni în limite de normă. Mișcările active în membrele inferioare absente. Tonusul muscular mărit. Reflexele rotuliene și ahiliene exagerate. Semne patologice piramidale Babinski, Rossilimo, Behterev pozitive. Sensibilitatea superficială și profundă dereglată de la nivelul Th6 de tip conductiv. Dereglări de micțiune și defecație. Examinările hematologice au evidențiat leucocitoză (12000) și VSH mărit (35). RMN - proces inflamator bacterian în corpurile Th4-Th5 cu extinderea procesului în tunicile rahidiene, formând o colecție lichidiană purulentă epidurală, sacul dural proemină în canalul medular, comprimând cordul medular (Fig.2).

S-a efectuat tratament chirurgical – Laminectomie decomprisivă Th4-Th5 prin abord posterior cu oblația din spațiul epidural, testutului aderențial productiv.



Fig.2.RMN.
Imaginea sagitală

După operație și tratamentul antibacterian cu spectru larg (Fortum 2gr x 2ori/zi), starea s-a ameliorat. Au apărut mișcări în membrele inferioare, s-a restabilit funcția organelor pelvine.

Rezumat. Pacienta O., 34 de ani, s-a îmbolnăvit un an în urmă, când au apărut dureri în regiunea interscapulară cu iradiere în picioare, insidios s-a dezvoltat un proces medular cu parapareză spastică în membrele inferioare, dereglări de sensibilitate tip conductor și sfincteriene. Slăbiciunea în picioare, treptat, a progresat până la paraplegie spastică. Examinarea prin RMN a depistat un proces osteomielitic în vertebrele Th4-Th5 cu extinderea procesului inflamator epidural, formând o colecție lichidiană purulentă epidurală și un proces fibrozant infiltrativ al țesutului conjunctiv. Infecția bacteriană din vertebrele osteomielitice a pătruns epidural, declanșând un proces subacut sau chiar cronic. Epidurita cronică, infiltrativă cu compresia cordonului medular a provocat inițial o parapareză, progresând treptat în paraplegie cu tulburări de sensibilitate și sfincteriene. Intervenția chirurgicală și administrarea antibioticelor de spectru larg au dat rezultate pozitive. Rămâne discutabil faptul: a fost un proces inflamator *primar* în vertebre, cu pătrunderea epidurală a infecției sau infecția din spațiul epidural a pătruns în corpurile vertebrale [8,12]. Abscesele epidurale declanșate de osteomielite vertebrale pot fi tratate și conservativ cu doze mari de antibiotice cu spectru larg [2,4,6,8,9,24].

Concluzii

1. Caracteristic pentru abscesele epidurale este prezența în anamneză a focarului infecțios primar, care poate fi la depărtare de spațiul epidural și să se transmită pe cale hematogenă; ori focarul se află în apropiere (osteomielita corpurilor vertebrale) sau se află paravertebral în țesuturile moi. Se întâlnesc cazuri, când focarul purulent primar nu este depistat.

2. Abscesele epidurale provocate de puncții lombare, de anestezii și analgezii epidurale sau paravertebrale sînt **cazuistice** și apar când sînt încălcate regulile aseptice și antiseptice.

3. Clinic abscesul epidural spinal se manifestă prin:

a) dureri în regiunea spinării și a coloanei vertebrale, relativ permanente, care se acutizează de tuse, strănut, de flexia capului. Percuția apofizelor în regiunea abscesului este dureroasă;

b) radiculonevralgii, care corespund nivelului abscesului și sînt axate pe excitarea nervilor radiculari în regiunea epidurală;

c) simptomatologia afectării cordonului medular se manifestă cu tetra- sau parapareză, progresând până la plegie cu dereglări de sensibilitate totală și a funcției organelor bazinului pe fundal de stare febrilă, care evoluează în câteva zile. Pot fi prezente semnele Kernig și redoarea cefei, care la debut pot fi absente.

4. Puncția cavității epidurale poate depista lichid purulent. Absența lichidului purulent nu exclude abscesul (deoarece acul poate nimeri în țesut edimat sau puroi dens).

5. Puncția lombară cu scop diagnostic poate fi permisă doar în cazul în care abscesul se află la o depărtare de regiunea lombară, pentru a evita o meningită purulentă. Dacă spațiul este liber de mase purulente, acul se introduce subarahnoidian.

6. Succesul tratamentului absceselor epidurale este în funcție de diagnosticul timpuriu și posibilitatea operației precoce. Diagnosticul cert nu recomandă așteptarea semnelor de afectare a măduvei, dar necesită operație urgentă. Ameliorarea timpurie după terapia antibacteriană nu este un motiv de a întârzia intervenția chirurgicală.

7. Prezența focarelor osteomielitice care declanșează abscesele epidurale poate determina o evoluție lent progresivă subacută sau cronică. Ele pot fi tratate chirurgical ori conservativ cu doze mari de antibiotice de spectru larg.

Bibliografie selectivă

1. Cuimov D.T., *Epidurita spinale*, Novosibirsk, 1947.
2. Irho R.R., *Epidurite spinale traumatice*, Teză de doctor habilitat. Krasnoiarsk, 1960.
3. Irger I. M., Makarova E. V., *Abscese epidurale spinale*. Patologia vertebro-medulară, Moskova, 1965:401-436.
4. Kaufman D.M., Kaplan J.G., Litman N., *Infectious Agents in Spinal Epidural Abscesses*, Neurology, 30: 844-50, 1980.

5. Verner E.F., Musher D.M., *Spinal Epidural Abscess*, Med Clin North Am, 69: 375-84, 1985.
6. Mampalan T.J., Rosegay H., Andrews B.T. et al., *Nonoperative treatment of Spinal epidural Infections*. J. Neurosurg, 71: 208-10, 1989.
7. Curling O.D., Gaver D.J., McWhorter J.M., *Changing Concepts in Spinal Epidural Abscess: A Report of 29 Cases*, Neurosurgery, 27:185-92, 1990.
8. Hanigan W.C., Asner N.G., Elwood P.W., *Magnetic Resonance Imaging and The Nonoperative Treatment of Spinal Epidural Abscess*. Surg Neurol, 34: 408-13, 1990.
9. Cahill D.W., Love L.C., Rechtine G.R., *Pyogenic Osteomyelitis of the Spine in the Elderly*. J. Neurosurg, 74: 878-86, 1991.
10. Sandu F.S., Dillon W.P., *Spinal Epidural Abscess: Evaluation with Contrast-Enhanced MR Imaging*, AJNR, 158: 1087-93, 1991.
11. Rea G.L., Mc Gregor J.M., Miller C.A. et al., *Surgical Treatment of the Spontaneous Spinal Epidural Abscess*, Surg Neurol, 37: 274-9, 1992.
12. Martin R.J., Yuan H.A., *Neurosurgical care of spinal epidural, subdural, and intramedullary abscesses and arachnoiditis*. Orthop Clin North Am, 1996;27: 125-36.
13. Jang Y.J., Rhee C.K., *Retropharyngeal abscess associated with vertebral osteomyelitis and spinal epidural abscess*. Otolaryngol Head Neck Surg, 1998;119:705-8.
14. Vilke G.M., Honingford E.A., *Cervical spine epidural abscess in a patient with no predisposing risk factors*. Ann Emerg Med, 1996;27:777-80.
15. Hori K., Kano T., Fukushige T., Sano T., *Successful treatment of epidural abscess with a percutaneously introduced 4-French catheter for drainage*, Anesth Analg, 1997;84:1384-6.
16. Mackenzie A.R., Laing R.B., Smith C.C., Kaar G.F., Smith F.W., *Spinal epidural abscess: the importance of early diagnosis and treatment*, J.Neurol. Neurosurg, Psychiatry, 1998, 65:209-212.
17. Reihnsaus E., Waldbaur H., Seeling W., *Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients*, Neurosurg Rev., 2000, Dec; 23(4):175-204;
18. E. T. Wong and D. N. Louis, *Case 8-2001- A 61-Year-Old Man with Transient Quadriplegia and Apnea*. New England Journal of Medicine, March 15, 2001; 344(11): 832 - 839.
19. J. M. G. Phillips, J. C. Stedford, E. Hartsilver and C. Roberts, *Epidural abscess complicating insertion of epidural catheters*, British Journal of Anaesthesia, 2002, vol. 89, No. 5: 778-782.
20. Deardre Chao, and Anil Nanda, *Spinal epidural abscess: A Diagnostic Challenge*. American Family Physician, 2002; 65, number 7.
21. T. H. Schroeder, W. A. Krueger, E. Neeser, U. Hahn and K. Unertl, *Spinal epidural abscess--a rare complication after epidural analgesia for labour and delivery*. British Journal Anaesthesia, June 1, 2004; 92(6): 896 - 898.
22. I.Ikushima, T.Hirai, Y.Korogi, M.Norio, M.Koganemaru, R.Suga, S.Morishita and Y.Yamashita, *Spinal MR Findings in Continuous Epidural Analgesia without Infection*, AJNR Am.J.Neuroradiol., May 1, 2005, 26(5): 991 - 995.
23. V. Compere, C. Cornet, V. Fourdrinier, A. M. Maitre, N. Mazirt, N. Biga, and B. Dureau, *Thigh abscess as a complication of continuous popliteal sciatic nerve block*. British Journal of Anaesthesia, August 1, 2005; 95(2): 255 - 256.
24. Graeme M. Sanders et al., *Antibiotics for epidural abscess*. British Journal of Anaesthesia, 20 Mar 2006
25. Grewal S., Hocking G., and Wildsmith J. A. W., *Epidural abscesses*. British Journal of Anaesthesia, March 1, 2006;96(3):292-302.
26. Jeffreys A., Horton R. and B. Evans, *Epidural abscesses*. British. Journal of Anaesthesia, July 1, 2006; 97(1): 115 - 116.
27. Stephen J., Huff J., Edward Hogan, Francisco Talavera, Florian P. Thomas, Matthew J. Baker and Nicholas Lorenzo, *Spinal epidural abscess*. Medicine Specialties > Neurology > Neurological Infections.

Rezumat

Au fost studiate 4 cazuri de abcese epidurale spinale. În toate cazurile diagnosticul a fost stabilit tardiv. Infecția a pătruns pe cale hematogenă, vehiculată prin blocaj paravertebral și prin continuitate (osteomielită). Tratatamentul neurochirurgical este benefic numai în cazurile când operațiile de urgență se efectuează în primele zile.

Summary

The study is based on 4 cases with spinal epidural abscesses. In all cases there was a delay in establishing the diagnosis. The way of infectious spread were hematogenous, following paravertebral injections or contiguous (osteomyelitis). Patients can benefit of good outcome if the urgent operation is performed within first days after the onset.

INCIDENȚA ȘI PARTICULARITĂȚILE EPILEPSIEI CAUZATE DE ICTUSUL ISCHEMIC CEREBRAL

Liliana Iuhtimovschi, medic neurolog, USMF „N. Testemițanu”

Incidența crizelor epileptice la populația adultă crește o dată cu vârsta. Incidența crizelor acute la persoanele cu vârsta peste 60 de ani depășește 100 la 100000, ceea ce în SUA constituie 50000 de cazuri anual. Multe din patologiile SNC, care cauzează apariția crizelor simptomatice acute, au fost identificate drept cauze majore ale crizelor neprovocate recurente la vârstnici. Patologia cerebrovasculară este cauza principală a epilepsiei primar depistate la persoanele vârstnice. În grupul de pacienți cu epilepsie depistată după vârsta de 65 de ani, cea mai frecventă cauză a fost patologia cerebrovasculară (33%), urmată de maladiile degenerative (11,7%) și tumorile SNC (4,5%). Hiyoshi și Yagi au relatat că jumătate din pacienții cu epilepsie survenită după vârsta de 50 de ani remarcă drept factor etiologic presupus un ictus sau traumatism cerebral suportat.

Conform datelor unui trial clinic multicentric în desfășurare din VA, accidentul cerebrovascular a fost stabilit drept etiologie primară la circa 40% din pacienți cu vârsta de peste 60 de ani cu epilepsie primar depistată.

Proporția de incidență a „Epilepsiei vasculare” survenite în urma accidentului cerebrovascular suportat variază între 4 și 15%. În majoritatea cazurilor, epilepsia vasculară se instalează în perioada de la 3 luni până la un an după accidentul vascular cerebral, deși există date privind dezvoltarea epilepsiei și peste 3-14 ani. Crizele survin mai frecvent în urma ictusului hemoragic, comparativ cu cel ischemic.

Implicarea corticală, crizele precoce (pe parcursul primelor 2 săptămâni după accidentul cerebral vascular) în anamneză, precum și hematoamele lobare reprezintă factori de risc pentru dezvoltarea ulterioară a epilepsiei vasculare.

Într-un studiu populațional atât crizele precoce, cât și ictusul recurent au fost determinați ca factori predispozanți independenți pentru dezvoltarea epilepsiei.

Tipul crizelor survenite la pacienții vârstnici diferă de cele înregistrate la populația mai tânără. Contrar crizelor întâlnite la copii, majoritatea pacienților vârstnici dezvoltă crize parțiale cu sau fără generalizare secundară.

Crizele parțial complexe sînt cel mai frecvent întâlnite (48%). Crizele parțiale simple, frecvent asociate cu manifestări motorii, sînt mai rar întâlnite (13%).

Prezența descărcărilor epileptiforme interictale EEG susține diagnosticul de epilepsie, deoarece prezența lor la persoanele care nu dezvoltă epilepsie este rară. În studiile precoce frecvența descărcărilor epileptiforme interictale descrește o dată cu avansarea vârstei, fiind prezente la 77% de pacienți cu epilepsie în prima decadă a vieții și descrescând la 39% la persoanele cu vârsta peste 40 de ani. Într-un studiu retrospectiv, realizat într-un centru de referință major, Drury și Beydoun au determinat frecvența activității epileptice interictale (AEI), considerabil mai joasă la pacienții cu vârsta peste 60